

# 개별화된 가족 서비스 플랜 (IFSP)

추천 날짜:	IFSP 회의 날짜:	IFSP 회의 유형: <input type="checkbox"/> 중간 <input type="checkbox"/> 초기 <input type="checkbox"/> 연례 평가
--------	-------------	--

## 아동 및 가족 정보의

아동 이름(이름/중간 이름/성):		
생년월일:	ID 번호:	MA 번호:
주소:		집 전화:
학부모/보호자/대리인 이름:		
주소:		집 전화:
주소:		사무실 전화번호:
이메일:		휴대폰:
연락 희망 시간:	희망하는 연락 방법: <input type="checkbox"/> 집 전화: <input type="checkbox"/> 사무실 전화번호: <input type="checkbox"/> 휴대폰: <input type="checkbox"/> 이메일:	

## 팀 참가자 서명

조기 중재 서비스 제공에 있어서 직접적인 역할을 하는 각 기관 또는 담당자는 본 IFSP 에서 적격 아동 및 가족이 성과를 달성하도록 지원할 책임을 담당합니다.

서비스 코디네이터	날짜	평가자/사정관(또는 다른 방법을 통한 참여)	날짜
중간/대안 서비스 코디네이터	날짜	기타 참가자	기관/직위 날짜
주요 기관 대표자	날짜	기타 참가자	기관/직위 날짜
학부모/보호자/대리인	날짜	기타 참가자	기관/직위 날짜

## 서비스 코디네이터 정보

IFSP 또는 아동 및 가족과 협력하는 개인에 대해 궁금하신 사항이 있을 경우 서비스 코디네이터에게 연락하십시오.

서비스 코디네이터 이름:	
기관:	
주소:	
사무실 전화번호:	이메일:

## 예정된 IFSP 회의 날짜:

예정 날짜 <b>6개월 IFSP 평가:</b>
예정 날짜 <b>연례 IFSP 평가 날짜:</b>
예정 날짜 범위 <b>전환 계획 회의:</b>

아동 이름:	ID 번호:	IFSP 회의 날짜:
--------	--------	-------------

**파트 I - 아동 발달에 대한 정보**  
**섹션 A - 건강 정보**

## 일반 보건

자녀를 출생했을 때 임신 기간은 얼마였습니까? _____ 주 _____ 일	
자녀의 출생 시 체중은 얼마였습니까? _____ 파운드 _____ 온스 또는 _____ 그램	
주치의 또는 기타 담당하는 의료 전문가는 누구입니까? _____	전화번호: _____

### 예방접종

자녀의 예방접종 기록 사본을 가지고 있습니까?  예  아니오  
**‘아니오’** 라고 답변한 경우 자녀의 예방접종 기록 사본을 얻기 위해 사용한 방법을 표시해 주십시오.

예방접종 기록에는 자녀의 연령별로 필요한 예방접종이 포함되어 있습니까?  예  아니오  
**‘아니오’** 라고 답변한 경우 필요한 예방접종을 받기 위해 어떤 조치를 취할 예정입니까?

예방접종을 마친 사항을 표시하십시오 (**굵은 글씨체의 예방접종은 공립학교에서 필요**):  
 DTaP/DT(디프테리아, 파상풍, 백일해)  소아마비  Hib(B형 인플루엔자)  B형 간염  PCV7  로터바이러스  MCV4  A형 간염  MMR  수두

예방접종이 필요한 사항을 표시하십시오 (**굵은 글씨체의 예방접종은 공립학교에서 필요**):  
 DTaP/DT(디프테리아, 파상풍, 백일해)  소아마비  Hib(B형 인플루엔자)  B형 간염  PCV7  로터바이러스  MCV4  A형 간염  MMR  수두

### 납중독 선별 검사

자녀의 납 수치를 검사한 적이 있습니까?  예  아니오 **‘예’** 라고 답변한 경우 수치는? \_\_\_\_\_

자녀의 납 수치에 대한 문제가 있습니까?  예  아니오 **‘예’** 라고 답변한 경우 자세히 설명해 주십시오. \_\_\_\_\_

### 영양

자녀에게 식습관, 일반 영양 또는 성장에 관한 문제가 있습니까?  예  아니오  
**‘예’** 라고 답변한 경우 자세히 설명해 주십시오.

### 일반 보건 문제

자녀와 가족을 위해 더 나은 계획을 세우고 서비스를 제공하기 위해 팀이 알아야 할 자녀의 건강(특수 장비, 알레르기, 기타 정신 또는 신체적 정보)에 대한 특이 사항이 있습니까?

아동 이름:	ID 번호:	IFSP 회의 날짜:
--------	--------	-------------

**파트 I - 아동 발달에 대한 정보**  
**섹션 B - 현재 발달 레벨**

<b>평가 상태:</b>	<input type="checkbox"/> 개시 <input type="checkbox"/> 중간(출생에서 3세) <input type="checkbox"/> 종료(출생에서 3세) <input type="checkbox"/> 중간(3세에서 유치원) <input type="checkbox"/> 종료(3세에서 유치원)
---------------	---

**현재 발달 레벨**

지역	평가 날짜 (MM/DD/YY)	평가 기구 이름	역년령	연령/ 연령대	정성적 기술
<b>인지</b> (놀이, 생각하기 및 탐구하기)					
<b>의사교환</b> (타인 이해 및 자신 표현)					
<b>사회적 또는 감정적</b> (감정, 느낌, 및 타인과의 상호작용)					
<b>적응력</b> (식사, 마시기, 화장실 이용 및 자신을 위한 일하기)					
<b>신체</b>	<b>미세 운동</b> (놀이, 먹기 또는 다른 활동을 위해 손 사용)				
	<b>대근육 운동</b> (몸의 자세나 위치를 바꾸기 위해 몸 움직이기)				
	<b>청력</b>	자녀가 UNHS(Universal Newborn Hearing Screening)에 통과했습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 해당 사항 없음 전체 청력검사를 위해 자녀가 청력학자를 만난 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 자녀의 청력에 문제가 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 평가/관찰 결과:			
	<b>시력</b>	자녀의 시력검사를 한 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 자녀의 시력에 문제가 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 평가/관찰 결과:			

**파트 I - 아동 발달에 대한 정보**  
**섹션 C - 조기 중재 서비스에 대한 자격 요건**

## 자격 요건

평가 프로세스 결과를 바탕으로 볼 때 귀하여는 조기 중재 서비스에 대한 자격 요건을 갖추었습니다.  
 자격 요건은 아래에 체크된 하나의 카테고리를 기준으로 합니다.

**25% 이상의 발달 지연**

우리 아이는 하나 이상의 다음 발달 영역에서 25% 이상 지연되고 있으므로 조기 중재 서비스를 받을 수 있습니다. **해당 사항을 모두 선택:**

- 인지       의사교환       사회성 또는 정서       적응력       신체:    \_\_\_ 미세근육 운동    \_\_\_ 대근육 운동

**비정형성 발달 또는 행동**

우리 아이는 이후 발달 지연을 초래할 수 있는 하나 이상의 다음 발달 영역에서 비정형성 발달 또는 행동을 보이고 있으므로 조기 중재 서비스를 받을 수 있습니다. **해당 사항을 모두 선택:**

- 인지       의사교환       사회성 또는 정서       적응력       신체:    \_\_\_ 미세근육 운동    \_\_\_ 대근육 운동

**발달 지연의 확률이 높은 신체적 또는 정신적 상태의 진단**

우리 아이는 발달 지연을 초래할 가능성이 높은 신체 또는 정신적 상태라는 진단을 받았으므로 조기 중재 서비스를 받을 수 있습니다. 이 목록에 포함되지 않은 것도 있습니다. **해당 사항을 모두 선택:**

- 염색체 장애    \_\_\_ 다운증후군    \_\_\_ 기타: \_\_\_\_\_
- 만성 폐질환(CLD)
- 증상적 선천감염(예: HIV)
- 중추신경계 침범과 관련된 신생아 신진대사 이상(예: 단풍시럽노병 및 갈락토스혈증)
- 태아기에 알코올 중독의 심각한 영향을 받은 유아(예: 태아알코올증후군)
- 치료가 필요하거나 자궁내 성장 억제의 징후가 있는 자궁내 약물 노출의 영향을 받은 유아
- 뇌실내출혈 - III 또는 IV 등급
- 20 ug/dL 이상 레벨의 납 중독
- 뇌 상해의 결과 발생한 중간에서 심각한 정도의 뇌병증
- 유아기 및 어린 시절에 발병한 신경변성질환(예: 부신백색질형성장애증, 테이삭스(TaySachs)병)
- 백질연화증(PVL)
- 체중이 1200그램 미만인 미숙아(2파운드 10온스)
- 발작을 자주하거나 제어하기 힘들거나 기본 상태가 반복적인 인지 장애와 관련이 있는 발작 장애(예: 영아연축)
- 감각 장애
- 맹인 또는 시각 장애
- 귀머거리 또는 청력 장애
- 심각한 선천적 기형(예: 수막척수 탈수증 및 선천성 수두증에 대한 인식)
- 과사성 장염(NEC)
- 기타: \_\_\_\_\_
- 기타: \_\_\_\_\_
- 기타: \_\_\_\_\_

아동 이름:	ID 번호:	IFSP 회의 날짜:
--------	--------	-------------

파트 I - 아동 발달에 대한 정보  
 섹션 D - 장점 및 필요사항

## 장점 및 필요사항

아동의 고유한 장점 및 필요사항에 대한 설명에는 아동과 가족의 성과 발달을 뒷받침할 조기 중재 서비스를 계획할 때 필요한 유용한 정보가 포함되어 있습니다.

우리 아이의 장점	우리 아이의 필요사항
우리 아이가 좋아하는 일은 무엇인가? 우리 아이가 잘 하는 일은 무엇인가?	우리 아이가 어려워하는 일은 무엇인가? 우리 아이가 아직 할 줄 모르는 일은 무엇인가?

**파트 II - 가족에 대한 정보**  
**섹션 A - 문제, 우선사항 및 자원**

## 문제, 우선사항 및 자원

아동과 가족을 최대한 지원하기 위해서는 가족에게 중요한 문제에 대해 알아두는 것이 좋습니다. 가족의 문제, 우선사항 및 자원은 성과를 개발하고 아동과 가족의 필요사항을 처리하기 위한 전략 및 활동을 파악하는 기준으로서의 역할을 할 것입니다. 필요한 정보를 원하는 대로 선택하여 공유할 수 있습니다.

가족의 문제	가족의 우선사항	가족의 자원
아이의 건강과 발달에 대한 문제. 아이와 가족을 위해 필요한 정보, 자원 및 지원.	아이에 대한 나의 희망과 꿈. 현재 아이와 가족에게 가장 중요한 사항.	인력, 활동, 프로그램/조직을 포함하여 지원을 받기 위해 아이/가족이 가지고 있는 자원.

- 다음 정보는 다음을 사용한 가족 중심적 평가를 통해 수집되었습니다. **해당 사항을 모두 선택:**
- 지역에서 개발한 가족 인터뷰 도구
  - 영유아 발달 선별도구(Ages and Stages Questionnaire: ASQ)
  - 정기 인터뷰(Routines-Based Interview: RBI)
  - 기타 도구/방법: \_\_\_\_\_
- 가족이 거부한 가족 중심 평가.

아동 이름:	ID 번호:	IFSP 회의 날짜:
--------	--------	-------------

**파트 II - 가족에 대한 정보**  
**섹션 B - 자연 환경**

## 자연 환경에서의 일상 생활

조기 중재 서비스는 자연 환경에서 제공됩니다. 자연 환경은 가정, 보육 프로그램 또는 기타 지역사회의 장소와 같이 아동과 가족이 시간을 보내는 장소입니다. 자연 환경은 일반적으로 아이의 놀이와 학습을 개발하는 곳입니다. 다음 정보는 아동과 가족이 조기 중재 서비스를 받게 될 자연 환경을 결정하는데 도움이 될 것입니다.

아동/가족은 무엇을 하며 시간을 보냅니까? 해당 사항을 모두 선택:

<input type="checkbox"/> 가정	<input type="checkbox"/> 조기 Head Start/Head Start	<input type="checkbox"/> 가족 지원 센터
<input type="checkbox"/> 보육 센터	<input type="checkbox"/> 도서관	<input type="checkbox"/> 부모가 일하는 장소
<input type="checkbox"/> 종교 시설	<input type="checkbox"/> 가족 구성원의 고향	<input type="checkbox"/> 보호소
<input type="checkbox"/> 가족 보육	<input type="checkbox"/> 유아 놀이 그룹	<input type="checkbox"/> 기타: _____
	<input type="checkbox"/> Judy Center	

가족이 함께 하기 좋아하는 활동에는 무엇이 있습니까?

가족이 함께 하고 싶지만 지금 할 수 없는 일이 있습니까?

자녀와 가족의 일상 생활은 어떠합니까? 이러한 일상 생활 중에서 어려운 일이 있습니까? 가족이 희망하는 다른 일상 생활이 있습니까?

자녀와 가족이 일상 생활 및 활동에 참여하는데 장애가 되는 것은 무엇입니까?

중요한 일상 생활을 개선하거나 새로 만들려는 경우 프로그램이 가족을 가장 잘 지원할 수 있는 방법은 무엇입니까?

**파트 III - 아동 발달과 관련된 아동/가족의 성과**

## 아동 및 가족의 성과

이 계획은 귀자녀의 현재 발달 레벨과 공개 보고서, 귀자녀의 장점과 필요사항, 가족의 문제, 우선사항 및 자원, 일상 생활 등의 정보를 기준으로 달성하려는 목표와 필요한 절차에 대해 요약하고 있습니다. 특정 능력 및 배경을 포함하여 아동 및/또는 가족을 위한 우선적인 성과에 대해 의논하십시오. 각각의 성과에 대해 별도의 “아동 및 가족 성과” 양식을 작성합니다.

성과	전략/활동/ 학습 기회	평가 기준
기대 사항	우선적인 성과를 달성하도록 돕기 위해 필요한 절차	성과 달성 여부를 확인하는 방법

**기간** \_\_\_\_\_

### 관계자- 참여할 사람?

이름:	직위:	전화/이메일:

### 성과 진척도 평가

<b>평가 코드: 가장 적합한 코드를 선택하십시오.</b> 1- 숙달 - 성과 달성! 2- 개선 중 - 성과 달성 중. 3- 발전 필요 - 조절. 4- 더 이상 필요하지 않음 5- 보류	<b>코드:</b>	<b>날짜:</b>	<b>이니셜:</b>	<b>의견:</b>

### 성과 진척도 반응 - (진척도 평가 코드 3 에만 필요)

<b>평가 코드: 가장 적합한 코드를 선택하십시오.</b> 1- 성과 수정 2- 전략/활동 수정 3- 서비스 변경 4- 기타: _____	<b>코드:</b>	<b>날짜:</b>	<b>이니셜:</b>	<b>의견:</b>

아동 이름:	ID 번호:	IFSP 회의 날짜:
--------	--------	-------------

파트 IV - 아동의 조기 중재 서비스

## 조기 중재 서비스

조기 중재 서비스는 아동의 필요사항에 부합하도록 아동의 발달과 가족의 능력을 강화해줍니다. 각각의 조기 중재 서비스는 각 아동 및 가족의 성과를 지원합니다. 각각의 서비스/지원/장소에 대해 별도의 "조기 중재 서비스" 양식을 작성합니다.

서비스 유형	서비스 설명				장소
	세션 수	빈도	강도	방법	
<b>자세히 기입:</b>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 기타: _____	<input type="checkbox"/> 회 <input type="checkbox"/> 매일 <input type="checkbox"/> 매주 <input type="checkbox"/> 매월 <input type="checkbox"/> 매년 <input type="checkbox"/> 매분기 <input type="checkbox"/> 연 2회	세션당 분 수: <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 120 <input type="checkbox"/> 180 <input type="checkbox"/> 240 <input type="checkbox"/> 기타: _____	<input type="checkbox"/> 그룹 <input type="checkbox"/> 개인	<input type="checkbox"/> 가정 (아동의 가족 또는 보호자의 주요 거주지) <input type="checkbox"/> 지역사회내 장소 (자세히 기입): _____ _____ <input type="checkbox"/> 기타 (자세히 기입): _____ _____ 기타 장소에 대한 설명: _____ _____

서비스 유형		지역사회내 장소 (장애가 없는 아동이 일반적으로 지내는 곳)		기타 장소 (지역사회 또는 가정 이외의 장소)
1. 청력 2. 가족 상담/교육 3. 보건, 의료 4. 의학(진단 및 평가만 해당) 5. 영양 6. 영양 7. 작업 치료 8. 물리치료	9. 심리학 10. 임시 간호 11. 사회복지 12. 특별 지도 13. 말하기/언어 치료 14. 안과 서비스 15. 기타	1. 보육 센터(가족 보호 시설 포함) 2. 유아원 프로그램 3. 정규 보육원 4. 유아 센터 5. 조기 Head Start/Head Start 6. Judy Center 7. 도서관	8. 식료품 매장 9. 공원/놀이터 10. 레스토랑 11. 지역사회/레크리에이션 센터 12. 부모 취업 기관 13. 보호소 14. 기타	1. 장애 아동을 위한 조기 중재 센터/교실 2. 서비스 제공자 위치(예: 외래환자, 청력학자) 3. 병원(입원 환자) 4. 주거 시설 5. 기타

<b>재정적 책임:</b> 서비스 비용 지불을 담당하는 기관을 <b>하나</b> 선택하십시오. <input type="checkbox"/> 지역 학교 시스템 <input type="checkbox"/> 지역 보건부 <input type="checkbox"/> 지역 사회 복지 서비스부 <input type="checkbox"/> 기타(자세히 기입): _____	<b>서비스 제공기관:</b> 서비스를 제공하는 기관의 이름을 기록하십시오. 각 기관의 표준 텍스트 표시를 사용하십시오. _____ _____
<b>보상:</b> 재정적 책임이 있는 기관이 다른 소스의 서비스에 대한 비용 지불을 요청하는 경우에만 <b>하나</b> 의 보상에 체크하십시오. <input type="checkbox"/> 의료 지원 <input type="checkbox"/> 기타(자세히 기입): _____	<b>서비스 제공자 이름/전화번호:</b> 서비스를 제공하는 개인의 이름과 전화번호를 기록하십시오. _____ _____

<b>예정된 서비스 개시 날짜:</b> 서비스를 개시하기로 예정된 날짜를 기록하십시오. _____ MM/DD/YY	<b>예정된 서비스 평가 날짜:</b> 서비스를 받기로 예정된 날짜를 기록하십시오. _____ MM/DD/YY
<b>예정 기간:</b> 서비스 제공 기간을 기록하십시오. _____ MM/YY	<b>서비스 종료 날짜:</b> 서비스가 종료되는 날짜를 기록하십시오. _____ MM/DD/YY

아동 이름:	ID 번호:	IFSP 회의 날짜:
--------	--------	-------------

파트 IV 계속 - 아동의 조기 중재 서비스

## 조기 중재 서비스(계속)

### 지원 기술

아동의 기능적 능력을 향상, 유지 또는 개선하기 위한 지원 기술 서비스 또는 장치가 필요합니까?  예  아니오

### 지원 기술 유형. 해당 사항을 모두 선택:

- 일상 생활 활동(Activities of Daily Living: ADL)
- 적응 컴퓨터 하드웨어
- 적응 컴퓨터 소프트웨어
- 청각 보조기구
- 보완/대체 의사소통 보조기기(Augmentative and Alternative Communication Device: AAC)
- 환경 제어 장치(ECU)
- 운동 보조기구
- 놀이, 레크리에이션, 레저 활동 보조기구
- 착석 및 자세
- 교통편/안전 보조기구
- 시력 보조기구
- 기타 \_\_\_\_\_

### 서비스 제공업체

서비스 제공자 이름:

전화번호:

이메일:

### 교통편

이 계획에는 우리 아이 및/또는 가족이 조기 중재 서비스를 받기 위해 필요한 교통편도 포함되어 있습니까?  예  아니오

### 교통편 유형:

- 학부모에게 교통비 환급
- 스쿨버스
- 택시
- 교통비가 환급되는 대중 교통수단
- 기타(자세히 기입) \_\_\_\_\_

아이를 이동시키는데 특수 장비가 필요합니까?  예  아니오  
 '예' 일 경우 장비의 종류 기입: \_\_\_\_\_

### 서비스 제공업체

서비스 제공자 이름:

전화번호:

이메일:

**파트 V - 서비스 연결**

## 서비스 연결

서비스 연결은 자녀의 발달과 자녀와 가족의 필요사항에 부합하는 능력을 개선하기 위해 마련된 지역사회의 서비스 및 지원입니다. **각각의 가족 구성원에 대해 별도의 "서비스 연결" 양식을 작성합니다.**

**서비스 연결은 다음의 가족 구성원에 대해 제공됩니다. (다음 중 하나만 선택하십시오.)**

- 적격 아동    
  형제    
  가족    
  학부모/보호자    
  기타 관련자

**제공될 서비스 연결(해당 사항 모두 선택)**

<b>보육/강화</b> <input type="checkbox"/> 보육 전/후 <input type="checkbox"/> 데이/합숙형 캠프 <input type="checkbox"/> 조기 Head Start/ Head Start <input type="checkbox"/> 가족 보호 시설 <input type="checkbox"/> 단체 보육 센터 <input type="checkbox"/> 가정내 보육 <input type="checkbox"/> 유아원 프로그램 <input type="checkbox"/> 개인지도 <input type="checkbox"/> 기타 _____	<b>소득 지원</b> <input type="checkbox"/> 비상 재무 지원 <input type="checkbox"/> 재무 상담 <input type="checkbox"/> 푸드 스탬프 <input type="checkbox"/> 공공 지원 <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> 기타 _____  <b>상담</b> <input type="checkbox"/> 청소년 <input type="checkbox"/> 취업 <input type="checkbox"/> 가족 <input type="checkbox"/> 유전 <input type="checkbox"/> 주택 <input type="checkbox"/> 혼인 <input type="checkbox"/> 특별 <input type="checkbox"/> 기타 _____	<b>의료/보건</b> <input type="checkbox"/> 평가 <input type="checkbox"/> 치과 서비스 <input type="checkbox"/> 진단/조언 클리닉 <input type="checkbox"/> 장비/장치 <input type="checkbox"/> 의료보험 <input type="checkbox"/> 가정 간호 <input type="checkbox"/> 입원 <input type="checkbox"/> 예방접종 <input type="checkbox"/> 정신 보건 서비스 <input type="checkbox"/> 임신 관리 <input type="checkbox"/> 처방 약품 <input type="checkbox"/> 기본 보건 <input type="checkbox"/> 선별검사 <input type="checkbox"/> 약물 중독 치료 <input type="checkbox"/> 수술 절차 <input type="checkbox"/> WIC(Women, Infants, and Children) 프로그램 <input type="checkbox"/> 기타 _____	<b>기타</b> <input type="checkbox"/> 성인 교육 <input type="checkbox"/> 보육 리소스 센터, 지역 <input type="checkbox"/> 가족 지원 센터 <input type="checkbox"/> 가족 지원 네트워크, 지역 <input type="checkbox"/> 가족 지원 네트워크, 주 <input type="checkbox"/> 가정 방문 프로그램 (자세히 기입) _____ <input type="checkbox"/> 주택 <input type="checkbox"/> Judy Center <input type="checkbox"/> 법률 서비스 <input type="checkbox"/> 부모 교육 <input type="checkbox"/> 프로젝트 독립성 <input type="checkbox"/> 레크리에이션 프로그램 <input type="checkbox"/> 지원 그룹 <input type="checkbox"/> 기타 _____
--	---	---	---

**서비스 연결 제공자**

서비스 제공자 이름:	서비스 제공자 이름:
전화/이메일:	전화/이메일:
서비스 제공자 이름:	서비스 제공자 이름:
전화/이메일:	전화/이메일:

**가족의 보안 서비스 연결을 돕기 위한 전략**

지금 소스(해당사항을 모두 선택)	서비스 연결을 보호하기 위해 참여하는 개인	
<input type="checkbox"/> HMO(Health Maintenance Organization) <input type="checkbox"/> 의료 지원 <input type="checkbox"/> 무료 <input type="checkbox"/> 기타 의료보험 <input type="checkbox"/> 부모: 전체 지불 <input type="checkbox"/> 부모: 차등 부담 <input type="checkbox"/> 기타: _____	이름:	이름:
	직위:	직위:
	전화번호:	전화번호:
	이메일	이메일

파트 VI - 승인

**승인**

**학부모/보호자/대리인 동의**

- 본인/우리는 이 개별화된 가족 서비스 플랜(Individualized Family Service Plan: IFSP)의 수립에 참여할 기회가 있었으며 IFSP 미팅에 대한 적절한 통지를 받았습니다.
- 본인/우리는 Parental Rights: Maryland Procedural Safeguards Notice 및 매릴랜드 조기 중재 시스템에 대한 가족 핸드북을 수령하여 본 프로그램에 따른 본인의/부모님의 권리를 안내받았습니다.
- 조기 중재 서비스는 IFSP에 설명된 대로 제공됩니다. 본인/우리는 IFSP를 년 2회 이상 검토하는 것으로 알고 있습니다.
- 본인/우리는 동의가 자발적인 것이며 언제든지 동의한 것을 취소할 수 있음을 이해합니다.
- 본인/우리는 가족 교육권 및 사생활 보호법(Family Education Rights and Privacy Act: FERPA)의 규정에 따른 경우를 제외하고 본인/우리가 서명한 서면 동의서 없이 공개되지 않음을 이해합니다. 이 법으로 조기 중재 시스템의 참여 기관에게 조기 중재 기록을 공개할 수 있습니다.
- 본인/우리는 공공 기관이 주차원의 데이터베이스를 통해 정보를 제출한다는 것을 이해합니다. 이 데이터베이스는 매릴랜드주 교육청(MSDE) 및 기타 주 기관이 프로그램의 자금마련을 위해 사용합니다.
- 본인/우리는 본인/우리의 모국어 또는 다른 의사교환 방법으로 IFSP 팀의 결정사항을 통보받았습니다.
- 이 계획은 본인/우리 아이와 가족에게 중요한 성과를 반영합니다.
- 본인/우리는 이 계획과 학부모 권리에 대해 이해하며 IFSP를 구현하는 것을 허용합니다.

학부모/보호자/대리인 서명

날짜

**재정적 지원**

- 본인/우리는 장애아동을 위한 서비스 조율 사례 관리를 수락합니다. 본인/우리는 필요한 의료, 사회, 교육 및 기타 서비스를 이용하도록 돕는 것이 본 서비스의 목적임을 이해합니다. 본인/우리는 본 서비스의 지속은 장애아를 위한 서비스 조율에 대한 자격 요건의 부합 여부에 따라 다름을 이해합니다[COMAR 10.09.40].
- 본인/우리는 이 서비스가 다른 의료 지원 혜택을 위한 참가자의 자격을 제한하거나 이에 영향을 주지 않음을 이해합니다. 본인/우리는 아이를 위한 사례 관리자/서비스 코디네이터를 자유롭게 선택할 수 있음을 이해합니다.
- 본인/우리는 서비스 코디네이션을 위해 Medicaid에서 부담하는 비용을 서비스 제공기관이 배상하는 것을 허용합니다. 본인/우리가 서비스 제공기관이 의료 지원 기금을 이용하는 것을 허락하지 않을 경우에도 모든 필수 서비스를 아이에게 무료로 제공하는 공공 기관의 책임이 면책되지 않는다는 것을 이해합니다.

학생 이름 기입

의료 지원(MA) 번호

학부모/보호자/대리인 서명

날짜

**파트 III - 아동의 전환에 대한 정보**

**섹션 A - 3세에서의 전환**

**3세에서의 전환**

전환 계획 회의 날짜: \_\_\_\_\_

회의 연기에 대한 설명	
<p>전환 계획 회의가 <b>아동이 33개월이 된 이후에 열리는 경우</b> 그 이유에 해당하는 다음 답변을 선택하십시오. (하나만 선택)</p> <p><input type="checkbox"/> 가족에게 연락하려고 시도했지만 실패함</p> <p><input type="checkbox"/> 아동이 31.5개월 이상에 추천을 받음</p> <p><input type="checkbox"/> 가족이 회의 일정을 변경하거나 연기하도록 요청함</p> <p><input type="checkbox"/> 기타: _____</p>	<p>전환 계획 회의가 <b>아동의 3세 생일이 되기 전에 한 번도 열리지 않은 경우</b> 그 이유에 해당하는 답변을 선택하십시오. (하나만 선택)</p> <p><input type="checkbox"/> 가족에게 연락하려고 시도했지만 실패함</p> <p><input type="checkbox"/> 아동이 34.5개월 이상에 추천을 받음</p> <p><input type="checkbox"/> 가족이 회의 참석을 거절함</p> <p><input type="checkbox"/> 기타: _____</p>

유아원 특수교육 및 관련 서비스를 위한 자격 요건 고려(파트 B)
<input type="checkbox"/> 부모가 파트 B 자격 요건을 고려하기를 원함. <input type="checkbox"/> 부모가 파트 B 자격 요건을 고려하기를 원하지 않음

지역사회 서비스		
가족에게 지역사회 서비스를 추천했습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <b>‘예’ 라고 답변한 경우 해당되는 서비스를 선택하십시오</b>		
<b>발달/의료/보건:</b> <input type="checkbox"/> 발달 치료 (파트 C 및 파트 B 제외) <input type="checkbox"/> 장비/장치 <input type="checkbox"/> 가정 간호 <input type="checkbox"/> 예방접종 <input type="checkbox"/> 정신 보건 서비스 <input type="checkbox"/> 기본 보건 <input type="checkbox"/> WIC(Women, Infants, and Children) 프로그램	<b>보육/강화</b> <input type="checkbox"/> 캠프 <input type="checkbox"/> 가족 보호 시설 <input type="checkbox"/> 단체 보육 <input type="checkbox"/> Even Start <input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> Play Group <input type="checkbox"/> 유아원 프로그램: — 공립 — 사립 <input type="checkbox"/> 레크리에이션 프로그램 <input type="checkbox"/> Judy Center <input type="checkbox"/> HIPPY(Home Instruction for Parents of Preschool Youngsters)	<b>가족 지원</b> <input type="checkbox"/> 가족 지원 센터 <input type="checkbox"/> 가정 방문 프로그램 (자세히 기입) _____ <input type="checkbox"/> 부모 교육 <input type="checkbox"/> 지원 그룹 <input type="checkbox"/> 기타: _____  <b>기타 지역사회 서비스:</b> _____ _____ _____

전환 계획 회의 참고사항/향후 절차		
활동	기간	담당자:

초기 IEP 자격요건 결정 회의의 결과(특수 교육 담당자가 작성)
<p><b>특수 교육 담당자:</b> 이 섹션을 작성하여 초기 IEP 자격요건 결정 회의가 <b>끝난 직후</b> 파트 C 데이터 입력에 제출하십시오. 초기 IEP 자격요건 결정 회의의 결과를 나타내는 설명을 확인하십시오.</p> <p><input type="checkbox"/> 이 아동은 IFSP를 통해 지속적인 서비스를 받거나 IEP를 통해 유아원 특수 교육과 관련 서비스를 받을 <b>자격을 갖추었음</b>이 확인되었습니다.</p> <p><input type="checkbox"/> 이 아동은 IFSP를 통해 지속적인 서비스를 받거나 IEP를 통해 유아원 특수 교육과 관련 서비스를 받을 <b>자격을 갖추지 않았음</b>이 확인되었습니다.</p>

**파트 III - 아동의 전환에 대한 정보**

**섹션 B - 3세 이후의 전환**

**3세 이후의 전환**

**특수교육 및 관련 서비스의 고려(파트 B)**

**유치원 이전의 연령**

- 부모가 IEP를 통한 유아원 특수 교육 및 관련 서비스 고려를 희망
- 부모가 IEP를 통한 유아원 특수 교육 및 관련 서비스 고려를 희망하지 **않음**

**유치원 연령**

- 부모가 IEP를 통한 특수 교육 및 관련 서비스 고려를 희망
- 부모가 IEP를 통한 특수 교육 및 관련 서비스 고려를 희망하지 **않음**

**지역사회 서비스**

가족에게 지역사회 서비스를 추천했습니까?  예  아니오 **‘예’ 라고 답변한 경우 해당되는 서비스를 선택하십시오.**

<p><b>발달/의료/보건:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 발달 치료 (파트 C 및 파트 B 제외)</li> <li><input type="checkbox"/> 장비/장치</li> <li><input type="checkbox"/> 가정 간호</li> <li><input type="checkbox"/> 예방접종</li> <li><input type="checkbox"/> 정신 보건 서비스</li> <li><input type="checkbox"/> 기본 보건</li> <li><input type="checkbox"/> WIC(Women, Infants, and Children) 프로그램</li> </ul>	<p><b>보육/강화</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 캠프</li> <li><input type="checkbox"/> 가족 보호 시설</li> <li><input type="checkbox"/> 단체 보육</li> <li><input type="checkbox"/> Even Start</li> <li><input type="checkbox"/> Head Start</li> <li><input type="checkbox"/> Play Group</li> <li><input type="checkbox"/> 유아원 프로그램:             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 공립</li> <li><input type="checkbox"/> 사립</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> 레크리에이션 프로그램</li> <li><input type="checkbox"/> Judy Center</li> <li><input type="checkbox"/> HIPPPY(Home Instruction for Parents of Preschool Youngsters)</li> </ul>	<p><b>가족 지원</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 가족 지원 센터</li> <li><input type="checkbox"/> 가정 방문 프로그램 (자세히 기입)</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 부모 교육</li> <li><input type="checkbox"/> 지원 그룹</li> <li><input type="checkbox"/> 기타: _____</li> </ul> <p><b>기타 지역사회 서비스:</b></p> <hr/> <hr/> <hr/>
---	--	---

**회의 참고사항/향후 절차**

활동	기간	담당자

**해당되는 경우 IEP 자격요건 결정 회의의 결과(특수 교육 담당자가 작성)**

**특수 교육 담당자:** 이 섹션을 작성하여 IEP 자격요건 결정 회의가 끝난 직후 파트 C 데이터 입력에 제출하십시오. IEP 자격요건 결정 회의의 결과를 나타내는 설명을 확인하십시오.

- 이 아동은 IEP를 통해 특수 교육과 관련 서비스를 받을 **자격을 갖추었음**이 확인되었습니다.
- 이 아동은 IEP를 통해 특수 교육과 관련 서비스를 받을 **자격을 갖추지 않았음**이 확인되었습니다.

파트 VIII - 부모 동의 (3세 또는 그 이전)

가족 선택: IFSP 서비스의 지속 또는 해지 요청에 대한 동의

**가족에게는 선택권이 있습니다**

- 본인/우리는 “조기 중재 서비스를 받는 자녀가 3세가 되었을 때 다음 단계를 위한 가족 안내문 - 가족에게는 선택권이 있습니다” 라는 연례 통지문 사본을 수령했습니다.
- 본인/우리는 장애인교육법(Individuals with Disabilities Education Act: IDEA)에 따른 개별화된 가족 서비스 플랜(IFSP)을 통해 제공되는 조기 중재 서비스와 IDEA에 따른 개별교육프로그램(Individualized Education Program: IEP)을 통해 제공되는 유아원 특수 교육 서비스 사이의 차이점에 대해 설명했습니다.
- 본인/우리는 현재 IFSP를 가지며 IDEA에 따라 장애아로서 유아원 특수 교육을 받을 자격이 있다는 것을 이해합니다.
- 본인/우리는 IFSP를 통해 조기 중재 서비스를 계속 받는 IFSP 옵션과 IEP를 통해 특수 교육 유아원 서비스를 개시하는 것 중에서 선택하는 권리에 대해 안내를 받았습니다.
- 본인/우리는 아이가 IEP를 통해 서비스를 받고 IFSP 서비스를 종료하기로 선택할 경우 아이와 가족은 더 이상 IFSP를 통해 서비스를 받을 수 없음을 이해합니다.
- 본인/우리는 아이가 IFSP를 통해 서비스를 받기로 선택한 경우 IFSP를 통한 조기 중재 서비스 참여를 언제든지 종료하고 IEP를 통한 특수 교육 유아원 서비스를 개시할 수 있음을 이해합니다.
- 본인/우리는 IEP를 통한 서비스가 개시되는 날짜까지 확장적 IFSP 옵션에 따라 현지 주요 기관이 IFSP 서비스를 계속 제공해야 한다는 것을 이해합니다. 하지만 본인/우리가 IEP 옵션을 선택했지만 IEP 팀이 개발하고 IEP에서 제공하는 특수 교육 및 관련 서비스에 동의한 경우 IFSP 서비스가 종료됨을 이해합니다.
- 본인/우리는 IFSP 서비스 지속에 대한 우리의 동의는 자발적인 것이며 언제든지 동의한 것을 취소할 수 있음을 이해합니다.

**가족 선택**

**하나만 선택.**

- 본인/우리는 아이의 세 번째 생일 이후 IFSP를 통해 아이와 가족을 위한 조기 중재 서비스를 **지속**함에 동의합니다.
- 본인/우리는 아이가 3세가 될 때 IFSP를 통해 제공되는 아이와 가족을 위한 조기 중재 서비스를 **종료**함에 동의합니다.

학부모/보호자/대리인 서명

날짜

서비스 코디네이터

날짜

기타 참가자

기관/직위

날짜

기타 참가자

기관/직위

날짜

**개별화된 가족 서비스 플랜(IFSP)  
추가/변경 양식**

## IFSP 검토

아동 및 가족 정보의 변경	IFSP 검토
<p><i>(인구통계학적 정보의 변경은 부모의 서명이 없어도 됩니다.)</i></p> <p><b>아동 정보:</b>                      아동 이름: _____                      주소: _____                      _____                      전화번호: _____                      생년월일 _____                      의료 지원 #: _____</p> <p><b>가족 정보:</b>                      이름: _____                      주소: _____                      _____                      전화번호: _____                      이메일: _____                      아동과의 관계: _____</p> <p><b>서비스 코디네이터 정보:</b>                      이름: _____                      기관: _____                      전화번호: _____                      이메일: _____</p>	<p><b>검토 유형: 하나만 선택.</b>                      회의 날짜: _____  <input type="checkbox"/> 6개월  <input type="checkbox"/> 연 1회  <input type="checkbox"/> 서비스 제공자 요청  <input type="checkbox"/> 부모 요청  <input type="checkbox"/> 부모/서비스 제공자 요청</p> <p><b>검토 상태: 하나만 선택.</b>  <input type="checkbox"/> IFSP 지속  <input type="checkbox"/> IFSP 수정  <input type="checkbox"/> 서비스 추가  <input type="checkbox"/> 서비스 수정  <input type="checkbox"/> 서비스 종료  <input type="checkbox"/> 결과 추가/수정  <input type="checkbox"/> IFSP 종료 (선택할 경우 아래의 “비활성 상태에 대한 이유” 를 작성하십시오.)</p> <p><b>비활성 상태에 대한 이유: 하나만 선택.</b>  <b>비활성 날짜:</b> _____  <input type="checkbox"/> 연락 시도 실패 (출생에서 유치원 연령까지)  <input type="checkbox"/> 3세가 되기 전에 IFSP 완료 (출생에서 3세까지)  <input type="checkbox"/> 감소 (출생에서 유치원 연령까지)  <input type="checkbox"/> 부적격으로 결정 (<b>참고:</b> 이 아동은 처음부터 자격이 없었음) (출생에서 3세까지)  <input type="checkbox"/> 주 외부로 이사 (출생에서 유치원 연령까지)  <input type="checkbox"/> 다른 관할구역으로 이사 (출생에서 유치원 연령까지)                      관할구역 이름: _____  <input type="checkbox"/> 부모 취소 (출생에서 유치원 연령까지)  <input type="checkbox"/> 3세에 전환 (IFSP에서 지속되지 않음) (출생에서 3세까지)  <input type="checkbox"/> 유치원 연령이 되기 전에 IFSP 완료 (3세에서 유치원 연령까지)  <input type="checkbox"/> 3세 이후 전환 (3세에서 유치원 연령까지)</p>

본인/우리는 이 IFSP 검토에 대한 적절한 통지를 받았습니다. 본인/우리는 이 IFSP 검토에 참여할 기회를 제공받았습니다. 본인/우리는 *Parental Rights: Maryland Procedural Safeguards Notice*를 통해 부모의 권리를 안내 받았으며 조기 중재 프로그램이 이 검토를 바탕으로 모든 IFSP 개정을 실행하는 것을 허용합니다.

학부모/보호자/대리인 서명		날짜
서비스 코디네이터		날짜
기타 참가자	기관/직위	날짜
기타 참가자	기관/직위	날짜